



Vorstand und Geschäftsstelle: Kielkoppelstraße 9 b, 22149 Hamburg
Tel.: 040 / 672 04 63 – Fax: 040 / 675 88 551 – E-Mail: info@tsv-hohenhorst.de

Aufnahme – Antrag (bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Turn- und Sportverein Hohenhorst von 1963 e. V. zum:

_____ (Eintrittsdatum)

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht: männlich / weiblich

PLZ + Ort _____ Straße + Hausnr. _____

Telefon _____ E-Mail-Adresse _____ @ _____

Ich möchte folgende Sportart/en betreiben _____

Folgende Familienangehörige sind Mitglied im TSV Hohenhorst:

Die Satzung und evtl. Ordnungen des Vereins und/oder der Abteilung/en erkenne ich an.

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und den Regelungen der Vereinssatzung bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit das Recht auf, Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten, Berichtigung meiner Daten im Falle der Unrichtigkeit und Löschung oder Sperrung meiner Daten.

Datum _____ Unterschrift des Antragstellers _____

Der/die Erziehungsberechtigte stimmt diesem Aufnahmeantrag zu und verpflichtet sich persönlich und selbstschuldnerisch zur Zahlung des Beitrages, der Aufnahmegebühr und evtl. Umlagen.

Datum _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**Bitte füllen Sie auch noch das SEPA-Lastschriftmandat
(frühere Einzugsermächtigung) vollständig und leserlich aus. Vielen Dank!**



SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

TSV Hohenhorst von 1963 e.V.
Kielkoppelstraße 9 a/b
22149 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE25TSV00000750396**

Mandatsreferenz: TSVMitglNr

Hiermit ermächtige ich den oben genannten Zahlungsempfänger, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber)

Name des Mitglieds

Mitglieds-Nr.: _____

Straße Hausnummer, PLZ und Ort

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

BIC: _____
(Internationale Bankleitzahl des Zahlungsdienstleisters)

IBAN: _____
(Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen)

(Ort, Datum und Unterschrift(en) des(er) Zahlungspflichtigen)

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass

☐ von mir

☐ von meinem Kind

(Vor- und Zuname in Druckbuchstaben)

Fotos und Video aus der Vereinstätigkeit des TSV
Hohenhorst angefertigt und veröffentlicht werden dürfen.

Ort : _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit
widerrufen werden.